

Intentamos hacer la visita de su niño lo mas comodo y agradable. Nuestra meta es enseñar a los niños a tener un habito que los ayude mantener una sonrisa que les dure una vida

Como supo de nosotros? Amigo Familia Doctor _____
 Otro _____

Acerca del Niño

Nombre del Niño _____
Sobrenombre _____ Sexo _____
Nacimiento _____ Edad _____
Escuela _____ Año _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, CP _____

Madre Madrastra Tutor
Nombre _____
Telefono Residencial _____
Celular _____
Telefono del Trabajo _____
Correo Electronico _____
Empresa _____
Ocupación _____

Padre Padrastro Tutor
Nombre _____
Telefono Residencial _____
Celular _____
Telefono del Trabajo _____
Correo Electronico _____
Empresa _____
Ocupación _____

Parents' Marital Status

Soltera Casada Divorciada
 Viuda Separada

Quién acompaño a esta niña/niño hoy?

Nombre _____
Parentesco _____
Telefono _____
Mejor hora para llamar _____

Seguro Principal de Odontologo

Nombre del Seguro _____
Parentesco _____
Nacimiento _____ Soc. Sec. _____
Empresa _____
Entrada _____
Ocupación _____
Seguro _____
Grupo _____ Emp. No. _____
Dirección del Seguro _____
Deducible _____ Max. Beneficio Anual _____
Cobertura de Ortodoncia? Si No

Seguro Adicional

Nombre del Seguro _____
Parentesco _____
Nacimiento _____ Soc. Sec. _____
Empresa _____
Entrada _____
Ocupación _____
Seguro _____
Grupo _____ Emp. No. _____
Dirección del Seguro _____
Deducible _____ Max. Beneficio Anual _____
Cobertura de Ortodoncia? Si No

Historia Medica (Confidencial)

Historia Medica

Alguna vez su hijo a tenido alguna de las siguientes:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Soplo en el Corazón | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Cirugías/Operaciones | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Canceres/Tumores | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Hyperactividad/ADD | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Problemas Respiratorios | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Asma/Problemas al Respirar | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Hemofilia | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Sangramiento Anormal | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Fatiga/Convulsiones/Epilepsia | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Cleft Lip/Palate | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Tuberculose | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Problemas Psiquiatricos | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Parálisis Cerebral | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| HIV/Sida | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Diabetes | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |

Otro _____

Por favor explique algun otro problema que su niño tenga

Su niño requiere pre- medicación? Si No

Esta su nino actualmente tomando alguna medicinas? Si No

por favor explique _____

Su hijo tiene a alergia?

- Latex Tetracicila Penincilina/ Amoxicilina
- Aspirinas Anestésicos Dentales Alergias a comidas

Otro _____

Habitos del Niño

Cuantas veces su niño se cepilla los dientes? _____

Cuantas veces su hijo usa hilo dental? _____

Dia de la ultima visita al Dentista _____

Previo Dentista _____

Doctor del Niño _____

Numero de Telefono _____

Dirección _____

Su hijo toma agua con fluor? Si No

Su hijo toma algún suplemento de fluorido? Si No

Su Hijo o Hija:

Chuparse el dedo Si No

Se muerde los labios Si No

Ronca Si No

Raspa los dientes Si No

Mastica objetos fuertes? Si No

Visitas de Emergencia

Hace cuanto tiempo su hijo tiene dolor? _____

Explique su problema(s): _____

Que medicina para el dolor su hijo ha estado tomando?

Autorización de Prestaciones de Seguro

Certifico que estoy amparado con un seguro con _____
Nombre del seguro Dental

Asigno directamente a Abra Dental todas las prestaciones de seguro, de haber alguna, pagaderas de otra manera a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos no amparados por el seguro. Por el presente autorizo al doctor a revelar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier revisión o tratamiento proporcionado a mi hijo para asegurar el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones de seguro.